

## Patientenfragebogen

1. Name  Vorname  Geb. Datum

2. Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich

Privat

3. Wie kamen Sie zu uns?

Hausarzt / überweisender Arzt

Empfehlung

Internet

Telefon / Gelbe Seiten

Werbung (U-Bahn etc.)

4. Grund des Praxisbesuches

Beschwerden

Vorsorge

Kontrolle

Kurze Beschreibung der Beschwerden:

---

---

---

---

---

---

5. Hatten Sie früher endoskopische Untersuchungen?

Gastroskopie (Magenspiegelung)  nein  ja, wann

Coloskopie (Darmspiegelung)  nein  ja, wann

6. Sind bei Ihnen ansteckende Erkrankungen bekannt?

nein

ja, welche

HIV

Hepatitis

Sonstige

7. Sind bei Ihnen Erkrankungen im Magen-Darm-Trakt bekannt?

- Speiseröhre:  nein  ja, welche \_\_\_\_\_
- Magen:  nein  ja, welche \_\_\_\_\_
- Dünn / Dickdarm:  nein  ja, welche \_\_\_\_\_
- Galle / Leber:  nein  ja, welche \_\_\_\_\_
- Bauchspeicheldrüse:  nein  ja, welche \_\_\_\_\_
- Voroperationen am Bauch:  nein  ja, welche \_\_\_\_\_
- Familiäre Belastung mit Magen-Darm-Krebs:  nein  ja, welcher \_\_\_\_\_

8. Sind bei Ihnen Erkrankungen der inneren Organe bekannt?

- Herz-Kreislauf  nein  ja, welche \_\_\_\_\_
- Lunge  nein  ja, welche \_\_\_\_\_
- Stoffwechsel  nein  ja, welche \_\_\_\_\_
- Niere / Blase  nein  ja, welche \_\_\_\_\_
- Bösartige Vorerkrankungen  nein  ja, welche \_\_\_\_\_
- Allergien  nein  ja, welche \_\_\_\_\_
- Sonstiges  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

9. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (insbesondere gerinnungshemmende Medikamente wie Marcumar, Aspirin, Plavix, Eliquis, Pradaxa oder Schmerzmittel)?

- nein  ja, welche \_\_\_\_\_

10. Sind bei Ihnen Blutgerinnungsstörungen bekannt (Neigung zu blauen Flecken, Nachblutungen nach medizinischen Eingriffen)?

- nein  ja, welche \_\_\_\_\_

11. Anmerkungen

---

---

---

---

Datum

Unterschrift